



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2011/2012

Joana Raquel Rodrigues Gaspar

Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Joana Raquel Rodrigues Gaspar

Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psiquiatria e Saúde Mental**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:  
Prof. Doutor Rui Manuel Bento de Almeida Coelho**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:  
Revista Brasileira de Psiquiatria**

março, 2012

FMUP

Eu, Joana Raquel Rodrigues Gaspar, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801036, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2012

Assinatura: \_\_\_\_\_



**Nome:** Joana Raquel Rodrigues Gaspar

**Endereço electrónico:** joana\_gaspar\_@hotmail.com **Telemóvel:** 917469771

**Número do Bilhete de Identidade:** 13363394

**Título da Monografia:**

Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto

**Orientador:**

Prof. Doutor Rui Manuel Bento de Almeida Coelho

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação da área do projecto:**

Psiquiatria e Saúde Mental

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2012

Assinatura: \_\_\_\_\_





## Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto

## Identificação da monografia

**Título:** Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto

**Title:** Risk factors for the development of post-partum depression

### **Autores:**

Joana Raquel Rodrigues Gaspar, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Prof. Doutor Rui Manuel Bento de Almeida Coelho, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Neurociências e Psiquiatria

### **Instituição:**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Neurociências e Psiquiatria

### **Contatos:**

Joana Raquel Rodrigues Gaspar

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental,  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200 - 319 Porto, Portugal.

psiquiatria@med.up.pt

## Resumo

A depressão pós-parto é uma patologia muito prevalente e com um grande impacto na doente, na sua família e económico. No entanto, até metade das mulheres que sofrem desta doença ficam por diagnosticar. A identificação de mulheres com maior risco de desenvolver depressão pós-parto pode ser uma estratégia importante para que o diagnóstico seja mais eficiente. Assim, os objetivos deste trabalho são sumarizar os fatores mais importantes, descritos na literatura, associados a um aumento do risco de desenvolver esta patologia e descrever, se possível, os mecanismos pelos quais exercem o seu efeito e quais as interações que estabelecem entre si.

Entre os fatores risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto encontram-se fatores psicossociais, fatores relacionados com o bebé e com a interação mãe-filho/a, sintomas/patologia psiquiátrica prévia, fatores obstétricos, alterações orgânicas, fatores hereditários e genéticos e fatores culturais, raciais e étnicos. Contudo, há grandes incongruências nos resultados de diferentes estudos e não existem estudos em larga escala suficientes para que se possa avaliar o efeito global de cada um deles. É necessário que se realizem mais estudos e que se uniformizem as medidas dos resultados e o tempo do período pós-parto, para que se diminuam as incongruências metodológicas.

**Palavras chave:** Depressão pós-parto; fatores de risco

## Abstract

Postpartum depression is a very prevalent disease and has a great impact on the patient, on her family and economic. However, up to half of the women who suffer from this disease are not diagnosed. The identification of women at higher risk of developing postpartum depression can be an important strategy for the diagnosis to become more efficient. The objectives of this paper are to summarize the most important factors described in the literature, associated with an increased risk of developing this disease and describe, if possible, the mechanisms by which they exert their effect and the interactions established between them.

Among the risk factors for developing postpartum depression are psychosocial factors, factors related to the baby and the mother-child interaction, prior psychiatric symptoms or disorder, obstetric factors, organic changes, hereditary and genetic factors and cultural, racial and ethnic factors. However, there are large discrepancies in the results of different studies and there aren't enough large scale studies to allow assessment of the overall effect of each one. It is necessary to do further research and standardize the measures of the results and the time of the postpartum period, in order to decrease the methodological inconsistencies.

**Keywords:** Postpartum depression, risk factors

## Introdução

A maternidade é um processo de transição, dinâmico, que envolve e é influenciado por vários fatores. Este processo, por si só, tem um enorme impacto, não só físico como psíquico, na vida da mulher. Algumas mães, para quem a transição se torna mais difícil, desenvolvem sintomas psiquiátricos <sup>(1)</sup>. Geralmente, os sintomas psiquiátricos após o parto são divididos nas categorias “postpartum blues”, depressão pós-parto e psicose pós-parto <sup>(2)</sup>.

No seu conjunto, perturbações depressivas são as perturbações psiquiátricas mais prevalentes nas mulheres após o nascimento de uma criança, contudo, não existe um consenso no que se refere à prevalência total da depressão pós-parto, sendo que, as taxas de prevalência variam em diferentes estudos <sup>(2)</sup>. Acredita-se que a prevalência seja de aproximadamente 13% em todo o Mundo <sup>(3)</sup>. Embora a taxa global de prevalência de depressão não pareça ser maior em mulheres após o parto, comparando com mulheres, que não foram mães, da mesma faixa etária, a depressão grave, requerendo admissão hospitalar, é claramente mais prevalente <sup>(4)</sup>. Mesmo assim, menos de metade das mulheres que sofrem de depressão major são identificadas e tratadas <sup>(5)</sup>.

As primeiras quatro semanas após o parto são a altura em que é feito o maior número de diagnósticos. Este período de tempo corresponde a rápidas alterações hormonais que contribuem para a vulnerabilidade para a depressão <sup>(6)</sup>. No entanto, porque os fatores psicossociais também têm um papel major no desenvolvimento da depressão pós-parto, a maior parte dos investigadores usa uma definição prática do período pós-parto como durando até seis meses <sup>(6)</sup>. Com exceção desta relação temporal com o parto, os critérios para o diagnóstico clínico são essencialmente os mesmos que para um episódio depressivo major <sup>(7)</sup>. Estes critérios incluem: humor depressivo, diminuição de interesse ou de prazer, perda ou ganho de peso, alterações do apetite, insónia ou hipersónia, fadiga, agitação ou lentificação

psicomotora, sentimentos de desvalorização ou de culpa, problemas de concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte <sup>(2)</sup>. Sintomas adicionais, que são observados comumente em mulheres deprimidas no período pós-parto, incluem flutuações de humor ou labilidade do humor e excesso de preocupação com o bebê <sup>(7)</sup>.

A depressão pós-parto tem um grande impacto na família e económico e é considerada um problema de saúde pública maior <sup>(8)</sup>. Na realidade, existem consequências importantes no estado de saúde da mãe, no processo de vinculação e no desenvolvimento da criança. No que se refere ao bem-estar materno, acarreta todo o sofrimento emocional associado a um episódio depressivo por outras causas; está associada a morbilidade aumentada, maior risco de morte por suicídio e a um aumento em três vezes do risco de mortalidade global <sup>(9)</sup>. A depressão pós-parto pode causar interações maternoinfantis deficientes e percepções negativas do comportamento infantil, o que tem sido relacionado com vinculação insegura, atraso no desenvolvimento emocional e dificuldades sociais/de interação <sup>(10)</sup>. Outras consequências para a criança incluem maior risco de acidentes, de síndrome de morte súbita infantil e maior frequência de admissões hospitalares <sup>(11)</sup>.

A causa da depressão pós-parto continua por esclarecer, com vários investigadores sugerindo uma etiologia multifatorial <sup>(10)</sup>. Os objetivos deste trabalho são sumarizar os fatores mais importantes, descritos na literatura, associados a um aumento do risco de desenvolver esta patologia e descrever, se possível, os mecanismos pelos quais exercem o seu efeito e quais as interações que estabelecem entre si.

## Métodos

O material bibliográfico, utilizado na realização deste trabalho, foi obtido com a execução de uma pesquisa, em uma única base de dados – “Medline” – disponibilizada pela “United States National Library of Medicine”. A pesquisa foi feita a 26 de novembro de 2011, usando o seguinte conjunto de palavras chave: “(Postpartum depression[MeSH Major Topic]) AND risk factors”. Foram empregues ainda os seguintes limites: artigos publicados entre de 1 de janeiro de 2000 e 31 de outubro de 2011; escritos em português ou inglês; e referentes à espécie humana.

Como resultado desta pesquisa, foram obtidos 549 artigos, dos quais, 191 foram excluídos por título e 159 por resumo, por não terem depressão pós-parto como tema principal ou por não abordarem os fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia. Dos artigos restantes foram lidos integralmente, e usados neste trabalho, aqueles que tinham mais de 20 citações.

## Discussão

Neste trabalho, os fatores de risco foram divididos em grandes classes e serão discutidos em grupos. No entanto, estes fatores interagem, influenciam-se mutuamente e têm um efeito total, no mínimo cumulativo. Alguns estudos sugerem que fatores de risco major podem até ter um efeito multiplicativo quando associados <sup>(12)</sup>.



## **Fatores psicossociais**

É claro, para a maior parte dos investigadores, que vários fatores psicossociais têm uma associação com desenvolvimento de depressão pós-parto; por outro lado, não há tanta concordância no que se refere a quais os fatores e a qual o tipo de associação (causal ou não) que estabelecem com esta patologia.

Embora não seja observado em todos os estudos, várias meta-análises concluíram que existe uma relação entre o surgimento de uma depressão no período pós-parto e eventos de vida marcantes <sup>(3, 6, 7, 12-19)</sup>. Experiências como a morte de uma pessoa próxima, término de uma relação afetiva ou divórcio, perda de emprego ou mudança de residência são causas conhecidas de stress e podem despoletar episódios depressivos em indivíduos sem história de perturbação afetiva prévia <sup>(4, 13)</sup>. Tendo em vista que a gravidez e o parto são, por si só, eventos associados a aumento do stress a que a mulher está sujeita, o efeito de outros eventos de vida marcantes pode ser cumulativo.

As novas mães estão perante uma tarefa exigente e muitas vezes exaustiva, enfrentam grandes mudanças na sua vida e, como tal, é de esperar que necessitem de apoio dos seus amigos, familiares e comunidade em geral. Uma má relação com os pais ou problemas com os sogros são fatores de risco para depressão pós-parto <sup>(12, 20, 21)</sup>; estes fatores são particularmente importantes em sociedades nas quais as mulheres moram com o marido, os filhos e ainda a família alargada <sup>(12)</sup>. O apoio social é um conceito multidimensional <sup>(4)</sup>. As fontes de apoio podem ser várias e este também pode ser de diferentes tipos, isto é, apoio informacional (é dado aconselhamento), apoio instrumental (ajuda prática em termos de material ou assistência em tarefas) e apoio emocional (expressões de carinho e estima) <sup>(4)</sup>. Uma falha em qualquer um destes tipos de apoio pode precipitar uma depressão no período pós-natal <sup>(6, 7, 12-15, 18, 19, 22-25)</sup>, mas mais importante, que o apoio em si, é a percepção do apoio social. Investigadores têm,

consistentemente, encontrado diferenças entre a percepção do apoio obtido e a quantidade objetiva de apoio obtido, em mulheres deprimidas <sup>(4)</sup>. Não obstante, é difícil estabelecer o teor desta relação: Será a percepção alterada fator de risco para o desenvolvimento de depressão ou efeito da doença?

Relacionado fortemente com os achados sobre o apoio social, estudos reportaram um aumento do risco de depressão pós-parto em mulheres sem um parceiro (mulheres divorciadas ou solteiras sem companheiro) e mulheres que experienciaram problemas matrimoniais durante a gravidez ou têm uma má relação com o marido <sup>(3, 7, 10, 12-14, 21, 22, 26)</sup>. Isto provavelmente irá refletir-se em sentimentos de isolamento e falta de suporte <sup>(4, 10, 19)</sup>. Com o fardo acrescido associado aos novos papéis dos pais, a relação entre os parceiros muitas vezes é afetada e há menos tempo para socializar <sup>(4)</sup>. Uma relação entre os recentes pais em que há apoio pode ajudar a mãe a lidar com o stress a que está sujeita <sup>(4)</sup>.

Mais do que a ausência de uma boa relação, no extremo, a violência doméstica (durante ou antes da gravidez) é um fator extremamente relevante no desenvolvimento de depressão pós-parto <sup>(12, 19)</sup>; estima-se que aumenta em até duas vezes o risco desta doença <sup>(27)</sup>. Embora tradicionalmente esteja associada a níveis socioeconómicos mais baixos e seja mais comum nos países em desenvolvimento, a sua presença é transcultural e o seu efeito deletério é sempre significativo.

Mesmo na presença de uma boa relação com o esposo, se este for incapaz de fornecer o apoio que a mulher necessita, nesta fase da vida, o risco de depressão está aumentado. Este fato pode explicar a associação entre doença psiquiátrica do marido e o aumento de risco de desenvolver depressão pós-parto <sup>(21, 25)</sup>.

O momento da gravidez também é uma questão importante; vários estudos concluíram que a gravidez não planeada, e principalmente, não desejada, aumenta o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto, ainda que seja um fator de risco menor <sup>(3, 22, 25)</sup>. Estes

resultados são bastante intuitivos, uma vez que, a gravidez implica uma mudança muito importante na vida da mulher, a curto e a longo prazo, o que pode ser difícil de aceitar, especialmente quando é imposto pelas circunstâncias da sua vida e não escolhido ativamente.

O estatuto socioeconómico, avaliado a partir de vários indicadores (desemprego, baixo rendimento, baixo nível educacional), tem um papel diminuto mas significativo no desenvolvimento de depressão no período pós-natal <sup>(4, 22)</sup>. Estes resultados são consistentes em diferentes culturas e países <sup>(4)</sup>. Menos consistente é o conhecimento sobre quais os indicadores específicos associados a maior risco de depressão pós-parto. Diferentes estudos avaliam o estatuto socioeconómico de diferente forma e encontram relações distintas entre vários aspetos do estatuto socioeconómico e o risco de depressão.

A pobreza é um fator que influencia fortemente o risco de depressão pós-parto, sendo os resultados de vários estudos coerentes neste aspeto: nos países de baixo rendimento, as taxas de prevalência da doença são mais altas <sup>(12, 27)</sup>; as com taxas de incidência são duas a três vezes mais altas entre grupos de nível socioeconómico mais baixo <sup>(1, 17, 22, 25)</sup>.

Domésticas e mulheres que estão em licença de parto apresentam o mesmo risco de desenvolver sintomas depressivos no período pós-parto que mulheres empregadas <sup>(22)</sup>; já as mulheres que estão à procura de emprego têm maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva neste período <sup>(15, 22, 26)</sup>. Isto sugere que é a necessidade de emprego (para sustentar a família ou obter realização pessoal) que influencia a sintomatologia, e não o estado profissional em si.

Os resultados referentes ao efeito do nível educacional das mulheres são contraditórios. Alguns estudos reportam níveis de incidência mais alta da doença em mulheres com nível educacional mais baixo <sup>(1, 15, 25-28)</sup> enquanto outros estudos não apoiam esta relação <sup>(4, 12)</sup>.

Por fim, a baixa auto-estima da mulher também parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto <sup>(3)</sup>. Uma questão associada a este fator é a da imagem corporal; um estudo mostrou que mulheres que pensam muito no ganho de peso associado à gravidez e que têm medo de se tornar obesas e deixar de ser atraentes, têm maior risco de depressão no período pós-parto <sup>(29)</sup>.

## **Fatores relacionados com o bebé e com a interação mãe-filho/a**

A maternidade, acima de tudo, corresponde a um novo papel que a mãe tem de assumir, no centro do qual está a função de garantir que as necessidades do seu filho/a são satisfeitas. Assim, vários fatores podem, tornando esta tarefa mais árdua ou promovendo um sentimento de incapacidade de cumprimento na mãe, promover o desenvolvimento de depressão pós-parto, uma vez que aumentam o stress associado ao papel de mãe <sup>(3, 18)</sup>. Mães de crianças internadas no hospital ou crianças que choram excessivamente, mães que não conseguem amamentar os seus filhos e mães que dormem muito pouco, nos primeiros meses após o nascimento do bebé, têm risco aumentado de desenvolver depressão neste período <sup>(27)</sup>.

A saúde do bebé é uma preocupação constante da mãe; problemas de saúde da criança acarretam, conseqüentemente, aumento do risco de depressão da mãe <sup>(21, 22, 25)</sup>. Por exemplo, mães de bebés com malformações congénitas graves têm risco aumentado de desenvolver depressão pós-parto <sup>(11)</sup>. O mesmo se verifica com mães de bebés com episódios muito frequentes de fortes cólicas abdominais <sup>(24)</sup>.

Embora não seja consensual, vários estudos encontraram uma associação positiva entre não amamentar e depressão pós-parto <sup>(5, 15, 27, 30)</sup>. É possível que fatores psicossociais e biológicos protetores acompanhem a amamentação <sup>(5)</sup>.

Outro ponto importante é o que se prende com o sono. O sono da mãe é muito dependente do sono do bebé; padrões de sono fragmentados nos bebés podem levar a alterações do sono da mãe, resultando em efeitos adversos no humor, cognição e função motora <sup>(31)</sup>. Fadiga, menos de seis horas de sono e choro frequente do bebé durante a noite foram associados a depressão pós-parto <sup>(32-34)</sup>. Estudos mostram consistentemente que as mães de bebés que dormem pior têm mais sintomas depressivos, independentemente da classe

social <sup>(31, 32)</sup>. Existe uma relação forte entre os dois, mesmo quando são tidos em conta outros fatores de risco para depressão pós-parto como, por exemplo, história de depressão prévia <sup>(31)</sup>.

Para terminar, dois grandes estudos referem ainda que o temperamento da criança influencia o risco de depressão pós-parto, ainda que o seu efeito seja moderado <sup>(3, 7)</sup>. O mais provável é que uma criança com um temperamento difícil exija mais atenção da mãe e cause maior desgaste e stress nela.

## Sintomas/Patologia psiquiátrica prévia

Patologias psiquiátricas prévias correspondem, provavelmente, ao grupo mais importante de predisponentes para o desenvolvimento de depressão pós-parto <sup>(21)</sup>. Neste grupo incluem-se doenças e sintomas psiquiátricos durante a gravidez e fora deste período.

Os resultados dos estudos mostram, consistentemente, que o humor depressivo ou ansiedade durante a gravidez são preditores significativos de depressão pós-parto <sup>(4, 7, 15, 20, 21, 25, 35-38)</sup>. A depressão no período pré-natal é, ainda, o fator de risco cuja associação com o desenvolvimento de depressão pós-parto é mais forte <sup>(3, 17, 22, 39)</sup>; é possível que mais de 50% das mulheres com depressão pós-parto tenham tido sintomas afetivos durante a gravidez <sup>(35)</sup>. No que se refere à ansiedade, verifica-se uma correlação direta, sendo que, níveis mais altos de ansiedade durante a gravidez predizem o nível da sintomatologia depressiva no pós-parto <sup>(4, 36)</sup>. História prévia de depressão pós-parto é outro fator de risco <sup>(21, 38)</sup>; mulheres que desenvolveram esta patologia numa gravidez prévia têm não só maior risco de a voltar a desenvolver como também um risco aumentado de depressão não relacionada com a maternidade <sup>(4)</sup>.

A relação inversa à descrita anteriormente também está estabelecida. Se, por um lado, a depressão pós-parto predispõe ao desenvolvimento de depressão noutra fase da vida, por outro lado, não há dúvida que a história de doença psiquiátrica prévia, em particular história de depressão major, põe as mulheres em risco para o desenvolvimento de depressão no período pós-parto <sup>(4, 7, 14-16, 20, 25, 30, 38, 39)</sup>.

“Postpartum blues” corresponde a estado transitório de alta reatividade emocional que ocorre em aproximadamente 50% das mulheres que foram mães recentemente <sup>(6)</sup>. Estas mulheres choram com mais facilidade, têm maior irritabilidade e apresentam maior labilidade emocional que a usual <sup>(6)</sup>. Embora não seja um fator de risco major, há uma associação entre o

aumento de risco de depressão pós-parto e o desenvolvimento de “postpartum blues” (3, 7, 40). A propensão para o desenvolvimento de “postpartum blues” não está relacionada com história psiquiátrica, fatores ambientais, contexto cultural, amamentação ou paridade (6). No entanto, estes fatores podem influenciar a sua evolução para depressão major (6).

Um estudo mostrou que a depressão pós-parto é mais frequente em mulheres que têm perturbações alimentares durante a gravidez, concluindo que, episódios de “binge eating” e de vômito provocado repetidos, durante a gravidez, são também fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia (29).

Importa ainda salientar que alguns traços de personalidade podem favorecer o desenvolvimento de depressão pós-parto; entre eles estão vulnerabilidade, traço de personalidade ansiosa e neuroticismo (14, 20, 37). Estes traços tendem a ser mais perceptíveis quando as mulheres estão sob grande stress emocional, como acontece durante uma gravidez, altura em que também exercem efeitos mais deletérios.



## Fatores obstétricos

Os fatores obstétricos relacionados com o desenvolvimento de depressão pós-parto incluem complicações relacionadas com a gravidez como a pré-eclampsia, a hiperemese e o risco de parto prematuro, bem como, complicações relacionadas com o parto como a cesariana, o parto instrumentado, o parto prematuro e a hemorragia excessiva no período do parto <sup>(4, 11)</sup>. Estes fatores têm um efeito pequeno, mas significativo, no desenvolvimento de depressão no período pós-parto <sup>(4, 7)</sup>.

No que se refere à cesariana, há pouca evidência que suporte a sua associação com a depressão pós-parto mas foi reportado, em vários estudos, que mulheres sujeitas a cesariana de emergência tem maior probabilidade de desenvolver esta patologia <sup>(4, 11)</sup>. Isto também se verifica com o parto instrumentado <sup>(11)</sup>. Não é claro, no entanto, se as complicações durante o parto ou o trabalho de parto longo e doloroso, que leva a procedimentos de emergência, são responsáveis por esta associação <sup>(4, 11)</sup>.

Discute-se muito se a paridade é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto ou não. Alguns estudos sugerem que sim, apresentando maior risco de depressão em mulheres que já tinham filhos de gravidezes prévias <sup>(1, 5, 13, 26, 28)</sup>, mas outros não suportam esta associação <sup>(4)</sup>. Este efeito deve ser interpretado como dependente do número de filhos a cargo mulher. Estudos sugerem que ter filhos pequenos em casa aumenta o risco de depressão, principalmente em mulheres com dificuldades socioeconómicas <sup>(5, 13, 21, 28, 39)</sup>.

Talvez não seja só a eclampsia e a pré-eclampsia que estão associadas a aumento do risco de depressão pós-parto. Um estudo refere que a hipertensão gestacional aumenta o risco de depressão pós-parto em mais de três vezes <sup>(14)</sup>. O diagnóstico e seguimento da hipertensão gestacional podem ser considerados eventos associados a aumento do stress, já que existe o

perigo de evolução para doença grave (eclampsia) e a avaliação da mãe e do feto são rígidas para evitar a mesma evolução <sup>(14)</sup>.

Um achado difícil de interpretar é a associação entre abortos prévios provocados e aumento do risco de depressão pós-parto <sup>(11)</sup>; esta associação parece ser tão mais forte quanto maior o número de abortos <sup>(11)</sup>. Também o número de abortos espontâneos (de forma linear) e o nascimento de um feto morto estão associados a um aumento do risco de depressão pós-parto <sup>(25)</sup>.

Uma associação mais intuitiva, embora possa ser mediada por diversos fatores, é a estabelecida entre maior número de dias de estadia hospitalar e aumento do risco de depressão pós-parto <sup>(11)</sup>. É possível que uma estadia hospitalar mais prolongada corresponda a um maior número de complicações obstétricas e, como consequência, a um risco maior de depressão no período pós-natal; outra interpretação plausível é que, possivelmente, mulheres deprimidas recebam alta hospitalar mais tarde porque a própria depressão condiciona morbilidade acrescida. No entanto, também foi verificado, em alguns estudos, que mulheres que recebem alta, antes de se sentirem preparadas para tal, têm aumento do risco de depressão pós-parto <sup>(14)</sup>. Concluimos, assim, que a alta hospitalar deve ser discutida cuidadosamente entre a doente e a equipa médica, antes de ser atribuída, uma vez que, o momento da alta pode influenciar o risco de desenvolvimento de depressão neste período.

O apoio de uma equipa médica durante a gravidez, durante o parto e após o parto é essencial. De fato, estudos mostram um aumento de risco de depressão pós-parto em mulheres cuja gravidez não foi acompanhada e em mulheres que tiveram o parto em casa, sem apoio médico <sup>(25)</sup>.

Por último, a persistência de sintomas físicos (dores genitais ou na sutura da cesariana, por exemplo), associada muitas vezes a limitações funcionais, também parece aumentar o risco de depressão pós-parto <sup>(24, 41, 42)</sup>.

## **Alterações orgânicas**

As mães são a única fonte de nutrientes do feto durante o seu desenvolvimento <sup>(43)</sup>. Um grupo de nutrientes essenciais para o feto e para o bebê é o dos ácidos gordos Omega-3, entre eles, o ácido docosahexaenóico e o ácido eicosapentaenóico. Como o segundo é convertido no primeiro, in vivo, é difícil estabelecer os efeitos relativos de cada um deles <sup>(43)</sup>. No entanto, mais importante é o fato de que nenhum deles pode ser produzido de novo pelo ser humano. Sendo essenciais para o desenvolvimento neurológico durante a gestação e na primeira infância, estes nutrientes são fornecidos pela mãe em grandes quantidades. O ácido docosahexaenóico, em particular, é transferido seletivamente da circulação materna para o feto, através de uma proteína placentária e existe em altas concentrações no leite materno <sup>(43)</sup>. A concentração deste ácido gordo no leite materno tem, não obstante, um fator limitante: a quantidade do mesmo presente no organismo da mãe. Assim, o conteúdo de ácido docosahexaenóico no leite materno é um marcador biológico dos níveis de ácidos gordos Omega-3 no período pós-parto <sup>(43)</sup>. Ao fornecer altas quantidades de ácidos gordos Omega-3, a mãe pode desenvolver uma deficiência nutricional dos mesmos com consequências neuropsiquiátricas adversas associadas <sup>(43)</sup>. Concentrações baixas de ácido docosahexaenóico no leite materno correlacionam-se com maiores taxas de sintomas depressivos major pós-parto <sup>(43)</sup>. Embora esta associação esteja bem estabelecida, provavelmente não é exclusiva do período pós-natal; de fato, um corpo crescente de dados suporta que um aporte inadequado de ácidos gordos Omega-3 está associado a depressão major e a outras patologias afetivas em qualquer indivíduo <sup>(43)</sup>.

Tanto a gravidez como o período pós-parto são caracterizados por múltiplas alterações endócrinas <sup>(35)</sup>. O estrogénio e a progesterona circulam em níveis suprafisiológicos durante a gravidez e diminuem abruptamente no período pós-parto; contudo, não foram encontradas

diferenças significativas nos valores destas hormonas, no período pós-parto, entre mulheres deprimidas e não deprimidas <sup>(35)</sup>. Além do aumento dos níveis de esteróides gonadais, a gravidez está também associada a alterações marcadas da função adrenocortical <sup>(35)</sup>. Os níveis plasmáticos de cortisol, desoxicortisona, aldosterona e globulina ligadora de corticosteróides estão consideravelmente aumentados durante a gravidez e retornam aos valores normais no período pós-parto <sup>(35)</sup>. A disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal tem sido reconhecido como um dos achados mais reprodutíveis em mulheres com depressão fora do período pós-parto <sup>(35)</sup>; por outro lado, esta disfunção, observada na depressão major não relacionada com a maternidade, é também observada na gravidez e no período pós-parto <sup>(35)</sup>. Estes resultados podem sugerir um papel importante deste eixo no risco de desenvolver depressão pós-parto. Foi demonstrado, em alguns estudos, que mulheres com depressão pós-parto têm uma supressão mais grave e mais arrastada de secreção de hormona libertadora de corticotropina, no período pós-parto, quando comparadas com mães eutímicas <sup>(35)</sup>.

Em acréscimo aos eixos hormonais descritos acima, a função tireoideia também está alterada na gravidez <sup>(35)</sup>. O balanço normal da função tireoideia é desafiado durante a gravidez por diversos fatores <sup>(35)</sup>. Estes incluem níveis aumentados de globulina ligadora de hormonas tireoideias (secundária ao aumento dos níveis de estrogénios), excesso de produção de vários fatores estimuladores da tireóide pela placenta (principalmente gonadotrofina coriónica humana) e deficiência relativa de iodo, devida em parte a excreção renal aumentada deste elemento <sup>(35)</sup>. Em adição as alterações verificadas durante a gravidez, a incidência de função tireoideia anormal aumenta ligeiramente durante o período pós-parto <sup>(35)</sup>. Nos seis meses após o parto até 6% das mulheres experienciam disfunção tireoideia <sup>(35)</sup>. Embora não tenha sido identificada disfunção tireoideia na maioria das mulheres com depressão pós-parto, alterações neste eixo hormonal podem ter um papel importante num subgrupo de mulheres com esta doença <sup>(35)</sup>. Níveis elevados de anticorpos anti-tireoideus (anti-microsoma, anti-

tireoglobulina e anti-peroxidase tireoideia) foram associados a risco aumentado de desenvolver depressão pós-parto <sup>(35)</sup>. A associação mais forte é observada com o anticorpo anti-peroxidase tireoideia, um importante marcador de doença tireoideia auto-imune <sup>(9, 35)</sup>.

Apesar de tudo isto, não há evidência direta que alterações hormonais possam causar depressão pós-parto. As alterações biológicas subjacentes ao desenvolvimento de “postpartum blues” podem conduzir a depressão pós-parto no contexto de vulnerabilidade genética, fatores ambientais ou suporte social insuficiente <sup>(6)</sup>. Existe evidência indireta que suporta esta idéia; estimulação do estado pós-parto, administrando hormonas e removendo-as rapidamente, é significativamente mais provável que cause depressão em mulheres com história de depressão pós-parto do que em mulheres sem história desta doença <sup>(6)</sup>.

Outro aspecto que sugere uma susceptibilidade individual, para o efeito das alterações hormonais, é a presença de um aumento do risco de desenvolver depressão pós-parto em mulheres com história de perturbação disfórica pré-menstrual <sup>(6, 16)</sup>; alguns estudos observaram esta relação até com o síndrome pré-menstrual (forma mais leve da perturbação) <sup>(25, 38)</sup>. Estas mulheres podem ter uma resposta afetiva mais importante às alterações hormonais, daí que desenvolvam quer perturbação disfórica pré-menstrual quer depressão pós-parto <sup>(16)</sup>.

Para finalizar, um estudo identificou mais uma alteração orgânica que pode estar associada ao desenvolvimento de depressão pós-parto: a anemia. É frequente que as mulheres desenvolvam anemia durante a gravidez e durante o período pós-parto (na sequência de perdas hemáticas). A anemia no período pós-parto, avaliada a partir dos níveis séricos de hemoglobina, parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto <sup>(44)</sup>.

## **Fatores hereditários e genéticos**

Fatores hereditários e susceptibilidade para doenças afetivas parecem contribuir para a ocorrência de depressão pós-parto, não obstante, permanece por estabelecer se existe um padrão hereditário distinto para a depressão pós-parto que possa distinguir esta doença de outras doenças afetivas não puerperais <sup>(35)</sup>. A evidência atual, de estudos em larga escala, sugere que ter uma história familiar positiva de qualquer doença psiquiátrica confere risco de depressão pós-parto, ainda que seja um efeito pequeno <sup>(4, 12, 16, 25, 38, 39)</sup>.

No que se refere à influência genética, um estudo avaliou o efeito de polimorfismos genéticos no gene responsável pelo transportador da serotonina, mostrando existir uma associação entre certos polimorfismos deste gene de alta expressão e um aumento do risco de depressão pós-parto, nas primeiras oito semanas após o parto <sup>(8)</sup>. Contudo, esta associação não foi encontrada às trinta e duas semanas pós-parto <sup>(8)</sup>.

## **Fatores culturais, raciais e étnicos**

Parecem existir diferenças significativas, entre diferentes culturas, na prevalência de depressão pós-parto <sup>(6)</sup>. Fatores culturais exercem o seu efeito de duas formas: por um lado, diferenças culturais implicam diferentes exposições a outros fatores de risco; por outro lado, alguns fatores de risco são exclusivos de algumas culturas e exercem um efeito direto dependente dos valores e crenças da mãe.

Mulheres de vários países enfrentam desigualdades consideráveis no que se refere ao acesso à educação, oportunidades de emprego e mesmo controlo sobre as suas decisões pessoais, como o uso de contracepção ou planeamento de uma gravidez <sup>(27)</sup>.

No que se refere a diferenças étnicas, existe uma grande discussão se as mulheres de minorias étnicas estão sujeitas a maior risco de depressão pós-parto, com estudos sugerindo que sim <sup>(24)</sup> e outros sugerindo que não <sup>(5)</sup>. Provavelmente, será razoável considerar que um possível aumento do risco de depressão pós-parto, em minorias étnicas, seja mediado por outros fatores, não atuando, a raça e a etnia, como fatores de risco independentes <sup>(22)</sup>.

Um exemplo clássico de um fator de risco exclusivo de certas culturas é o sexo da criança. Na maioria dos países ocidentais, este fator não está associado a aumento do risco de depressão no período pós-natal; já o contrário é verificado em vários países orientais. O risco de depressão pós-parto está aumentado com o nascimento de uma rapariga, por exemplo, na Índia <sup>(27)</sup> e na Turquia <sup>(25)</sup>. Este efeito é dependente do desejo do pai ou da mãe de ter um filho, em vez de uma filha, e este aspecto (descontentamento com o sexo da criança) é mais importante do que o sexo da criança em si <sup>(12)</sup>. De fato, nas culturas em que a liberdade das mulheres é muito limitada, o efeito do género da criança pode depender somente da reação do esposo <sup>(4)</sup>. A variabilidade cultural associa-se ao fato de haver diferentes implicações sociais com o nascimento de uma criança de um ou outro sexo, em determinada cultura.

Outro fator associado ao aumento de risco de depressão pós-parto é a imigração <sup>(14)</sup>. Embora possam existir vários mediadores do efeito deste fator (por exemplo, não saber falar a língua do novo país de residência, imigração feita de forma ilegal, distância da família, dificuldade de adaptação ao clima), o choque cultural é, sem dúvida, dos mais importantes. O nascimento de um filho é, na maioria das culturas, um acontecimento muito celebrado e ritualizado; não obstante, as celebrações, os rituais e costumes diferem muito entre diferentes culturas e pode ser difícil para a mãe adaptar-se a essas diferenças.



## Conclusão

É difícil fazer estudos comparativos e avaliar o efeito de cada fator em todo o mundo por diversos motivos. Um deles é que as taxas de depressão major no período pós-parto variam entre países <sup>(5)</sup>. Estimativas da prevalência e incidência de depressão pós-parto são variáveis, provavelmente devido a diversas inconsistências metodológicas, por exemplo, diferentes definições do período pós-parto, diferentes medidas de resultados (síndromes depressivas contra sintomas depressivos) e diferentes critérios de diagnóstico <sup>(35)</sup>. Além disso, os estudos nem sempre têm tamanho suficiente para que diferenças estatísticas sejam encontradas.

Independentemente das dificuldades em saber quais são todos os fatores de risco e o seu peso no desenvolvimento de depressão pós-parto, é imperativo reconhecer que muitos deles são moduláveis e, como tal, devem ser alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde. Mais ainda, mesmo os que não são moduláveis, devem ser pesquisados, já que, muitas mulheres que desenvolvem depressão pós-parto não são diagnosticadas; uma avaliação precoce destes fatores poderia expor as mulheres em risco e facilitar o diagnóstico posterior de depressão (caso a viessem a desenvolver).

A depressão pós-parto é, sem dúvida, um problema de saúde pública que ainda não recebeu a atenção devida; são necessários mais estudos que permitam definir, com maior certeza, quais os predisponentes ao desenvolvimento desta doença para que medidas preventivas possam ser postas em prática, de forma a minorar os efeitos negativos desta patologia para o doente, familiares e sociedade em geral.

## Agradecimentos

Gostava de agradecer à Prof. Doutora Amélia pelo auxílio e esclarecimentos prestados na realização desta tese de mestrado.

## Bibliografia

1. Mayberry, L.J., J.A. Horowitz, and E. Declercq, *Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2007. **36**(6): p. 542-9.
2. Zaers, S., M. Waschke, and U. Ehlert, *Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth*. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2008. **29**(1): p. 61-71.
3. Beck, C.T., *Predictors of postpartum depression: an update*. Nurs Res, 2001. **50**(5): p. 275-85.
4. Robertson, E., et al., *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. Gen Hosp Psychiatry, 2004. **26**(4): p. 289-95.
5. Yonkers, K.A., et al., *Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system*. Am J Psychiatry, 2001. **158**(11): p. 1856-63.
6. Miller, L.J., *Postpartum depression*. JAMA, 2002. **287**(6): p. 762-5.
7. O'Hara, M.W., *Postpartum depression: what we know*. J Clin Psychol, 2009. **65**(12): p. 1258-69.
8. Sanjuan, J., et al., *Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene*. Br J Psychiatry, 2008. **193**(5): p. 383-8.
9. Kuijpers, J.L., et al., *Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum*. Eur J Endocrinol, 2001. **145**(5): p. 579-84.
10. Dennis, C.L. and L. Ross, *Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms*. J Adv Nurs, 2006. **56**(6): p. 588-99.
11. Josefsson, A., et al., *Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms*. Obstet Gynecol, 2002. **99**(2): p. 223-8.

12. Chandran, M., et al., *Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors*. Br J Psychiatry, 2002. **181**: p. 499-504.
13. Rahman, A., Z. Iqbal, and R. Harrington, *Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world*. Psychol Med, 2003. **33**(7): p. 1161-7.
14. Dennis, C.L., P.A. Janssen, and J. Singer, *Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period*. Acta Psychiatr Scand, 2004. **110**(5): p. 338-46.
15. Chaaya, M., et al., *Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon*. Arch Womens Ment Health, 2002. **5**(2): p. 65-72.
16. Halbreich, U., *Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors*. J Affect Disord, 2005. **88**(1): p. 1-7.
17. Kitamura, T., et al., *Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression*. Arch Womens Ment Health, 2006. **9**(3): p. 121-30.
18. Leung, S.S., I.M. Martinson, and D. Arthur, *Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study*. Res Nurs Health, 2005. **28**(1): p. 27-38.
19. Husain, N., et al., *Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country*. Arch Womens Ment Health, 2006. **9**(4): p. 197-202.
20. Lee, D.T., et al., *Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong*. Br J Psychiatry, 2004. **184**: p. 34-40.

21. Danaci, A.E., et al., *Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. **37**(3): p. 125-9.
22. Rich-Edwards, J.W., et al., *Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice*. J Epidemiol Community Health, 2006. **60**(3): p. 221-7.
23. Ritter, C., et al., *Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women*. Health Psychol, 2000. **19**(6): p. 576-85.
24. Howell, E.A., et al., *Racial and ethnic differences in factors associated with early postpartum depressive symptoms*. Obstet Gynecol, 2005. **105**(6): p. 1442-50.
25. Inandi, T., et al., *Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey*. Int J Epidemiol, 2002. **31**(6): p. 1201-7.
26. Rubertsson, C., et al., *Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample*. Arch Womens Ment Health, 2005. **8**(2): p. 97-104.
27. Patel, V., M. Rodrigues, and N. DeSouza, *Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India*. Am J Psychiatry, 2002. **159**(1): p. 43-7.
28. Gurel, S. and H. Gurel, *The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2000. **91**(1): p. 21-4.
29. Abraham, S., A. Taylor, and J. Conti, *Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy*. Int J Eat Disord, 2001. **29**(4): p. 482-7.
30. McCoy, S.J., et al., *Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature*. J Am Osteopath Assoc, 2006. **106**(4): p. 193-8.

31. Hiscock, H. and M. Wake, *Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study*. Pediatrics, 2001. **107**(6): p. 1317-22.
32. Dennis, C.L. and L. Ross, *Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology*. Birth, 2005. **32**(3): p. 187-93.
33. Corwin, E.J., et al., *The impact of fatigue on the development of postpartum depression*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2005. **34**(5): p. 577-86.
34. Bozoky, I. and E.J. Corwin, *Fatigue as a predictor of postpartum depression*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2002. **31**(4): p. 436-43.
35. Bloch, M., R.C. Daly, and D.R. Rubinow, *Endocrine factors in the etiology of postpartum depression*. Compr Psychiatry, 2003. **44**(3): p. 234-46.
36. Sutter-Dallay, A.L., et al., *Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort*. Eur Psychiatry, 2004. **19**(8): p. 459-63.
37. Saisto, T., et al., *Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2001. **80**(1): p. 39-45.
38. Bloch, M., et al., *Risk factors for early postpartum depressive symptoms*. Gen Hosp Psychiatry, 2006. **28**(1): p. 3-8.
39. Berle, J.O., et al., *Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression*. J Affect Disord, 2003. **76**(1-3): p. 151-6.
40. Henshaw, C., D. Foreman, and J. Cox, *Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression*. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2004. **25**(3-4): p. 267-72.

41. Small, R., J. Lumley, and J. Yelland, *Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia*. *Ethn Health*, 2003. **8**(3): p. 189-206.
42. Eisenach, J.C., et al., *Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression*. *Pain*, 2008. **140**(1): p. 87-94.
43. Hibbeln, J.R., *Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national, ecological analysis*. *J Affect Disord*, 2002. **69**(1-3): p. 15-29.
44. Corwin, E.J., L.E. Murray-Kolb, and J.L. Beard, *Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression*. *J Nutr*, 2003. **133**(12): p. 4139-42.

## Anexos



## Critérios da revista

### **Escopo e política**

A Revista Brasileira de Psiquiatria (RBP) – ISSN 1516-4446 – é uma publicação trimestral da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a finalidade publicar trabalhos originais de todas as áreas da psiquiatria, com ênfase às áreas de saúde pública, epidemiologia clínica, ciências básicas e problemas de saúde mental relevantes em nosso meio. Além dos números regulares, a RBP publica dois suplementos anuais, voltados principalmente à atualização clínica. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os artigos publicados serão revisados por pareceristas anônimos. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. O conteúdo do material enviado para publicação na RBP não poderá ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outras revistas. Para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Artigos de revisão, atualização ou cartas devem ser redigidos em inglês, português ou espanhol. Artigos originais e comunicações breves devem ser redigidos apenas em inglês. O artigo deve se enquadrar em uma das diferentes categorias de artigos da revista.

São aceitos para publicação:

**Editorial:** comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos Editores e/ou submetido por pessoa com notória vivência sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 900 palavras e 5 referências.

**Artigos originais:** apresentam resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm toda a informação relevante para o leitor que deseja repetir o trabalho do autor ou avaliar seus resultados e conclusões; os artigos podem conter até 5.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6. Tabelas, gráficos, figuras excedentes, descrições de instrumentos de pesquisa, ou mesmo novos instrumentos na íntegra podem ficar disponíveis no site da Associação Brasileira de Psiquiatria a critério dos editores e com a concordância dos autores. São permitidas até 40 referências bibliográficas. A sua estrutura formal deve apresentar os seguintes tópicos: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões. O uso de subtítulos é recomendado particularmente na discussão do artigo. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico "Método", informando o desenho do estudo (design), local onde foi realizado (setting), participantes do estudo (participants), desfechos clínicos de interesse (main outcome measures), intervenção (intervention) e aprovação pelo Comitê de Ética e o número do processo. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo: Objetivo (Objective), Método (Method), Resultados (Results) e Conclusões (Conclusions). Os artigos originais devem ser encaminhados apenas em inglês.

**Comunicações breves:** artigos originais, porém mais curtos, abordando campos de interesse para a psiquiatria, com resultados preliminares ou de relevância imediata; devem ter até 1.500

palavras. Incluir resumo seguindo o modelo dos artigos originais e, no máximo, uma tabela ou figura, além de, no máximo, 15 referências bibliográficas. As comunicações breves devem ser encaminhadas apenas em inglês.

**Artigos de revisão:** preferencialmente solicitados pelos Editores a especialistas da área. Submissões serão bem-vindas mediante consulta prévia aos Editores com apresentação do tema e resumo (abstract). Esses artigos são avaliações sistemáticas, críticas, das fontes da literatura e dos dados, destinando-se a englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores. A estratégia de busca e o processo de seleção devem ser descritos em detalhes no artigo, inclusive uma descrição dos critérios de inclusão/exclusão; devem ter até 6.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6 (seis). Não há limite para o número de referências bibliográficas. O texto do artigo deve conter Introdução, Método, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias (Ex: "Quadro clínico", "Tratamento"). Esses artigos devem apresentar resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo: Objetivo (Objective), Método (Method), Discussão (Discussion) e Conclusões (Conclusions).

**Artigos de atualização:** destinados a abordar informações atuais relevantes à prática clínica; menos completos que os artigos de revisão; devem conter até 2.000 palavras, apresentar um resumo estruturado com no máximo 200 palavras e até 30 referências bibliográficas.

**Artigos especiais:** são artigos escolhidos a critério dos editores, que seguem o formato de revisões ou atualizações, mas que serão publicados preferencialmente em inglês por serem de interesse para a comunidade científica internacional. Submissões serão bem-vindas mediante

consulta prévia aos Editores com apresentação do tema e resumo (abstract). Situações especiais quanto ao formato deverão ser tratadas com o corpo editorial da revista.

**Cartas:** relatos de casos peculiares, opiniões e comentários sobre o conteúdo da revista, sua linha editorial ou sobre temas de relevância científica; os textos devem ser breves com, no máximo, 500 palavras. Podem ser comentários sobre material publicado na revista ou trazer dados novos e observações clínicas. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Todos os autores (máximo de cinco) devem assinar a carta.

Casos referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos serão aceitos da seguinte forma: (1) Nas condições em que existir a possibilidade de o paciente assinar um termo de consentimento, esta é a documentação preferencial. Isto inclui paciente que de imediato o clínico vê interesse no seu relato e que está acessível quando da decisão pelo clínico do relato; (2) Nas condições em que o paciente não tiver a possibilidade de assinar. Isto inclui casos em que o paciente já teve alta ou está inacessível ou por alguma razão não apresenta condições cognitivas de ler ou assinar uma documentação nem seus familiares. Neste caso, duas alternativas serão aceitas: uma carta da comissão de ética do Hospital ou da Instituição na qual o médico atendeu o caso; em casos que não houver esta comissão, uma carta assinada pelo médico responsabilizando-se pela divulgação dos dados e explicitamente demonstrando que está tomando todos os cuidados para tornar o caso não identificável, trocando e omitindo dados que permitam a sua identificação.

**Resenhas:** revisão crítica de livros recém-publicados, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais; devem ser breves, preparadas por especialistas da área, constituindo um resumo comentado, com opiniões que possam dar uma visão geral da obra. Os textos devem ser relacionados à área de psiquiatria. Antes do texto, deve-se incluir a

referência bibliográfica completa da obra resenhada e no final, a assinatura, titulação acadêmica e filiação institucional do autor da resenha.

**Suplementos:** a convite dos Editores. Com temas específicos relevantes à atualização clínica, são compostos por um editorial ou apresentação e seis artigos (salvo exceções aprovadas pelos Editores). Os artigos devem ter até 5.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6. Não há limite para o número de referências bibliográficas. Devem apresentar resumo estruturado com no máximo 200 palavras. São publicados em português na versão impressa e em português e inglês na versão on-line.

A RBP segue as novas regras do Medline que requerem divulgar as informações sobre possíveis conflitos de interesse de cada autor e editor convidado dos suplementos. Deverão ser relatadas quaisquer atividades vinculadas a organizações comerciais de saúde mental nos últimos três anos.

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Para apresentação de ensaios clínicos randomizados, recomenda-se que o trabalho esteja em conformidade com o CONSORT guidelines (Begg C, Cho N, Eastwood S, et al. Improving the quality of reporting of randomized clinical trials: the CONSORT statement. JAMA.

1996;276:637-9). Uma lista de verificação está disponível no website do JAMA: <http://jama.ama-assn.org>.

É desejável que os ensaios estejam registrados em um dos registros públicos de ensaios aceitos pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/faq.pdf>). Para este fim, um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua indivíduos humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os estudos desenhados para outros propósitos, como estudar a farmacocinética ou a toxicidade principal (e.g., ensaios clínicos de fase I) estão isentos.

Os ensaios devem ter sido registrados no início ou antes da inscrição para qualquer ensaio clínico que começaram a inscrição de pacientes em Julho de 2005 ou depois.

Para os ensaios que começaram a inscrição dos pacientes antes de Julho de 2005, a RBP considerará tais ensaios clínicos somente se eles tiverem sido registrados adequadamente antes da submissão do periódico. Eles devem ser registrados antes do início da submissão de um artigo baseado no ensaio ou antes da inclusão de pacientes - para aqueles com início após julho de 2005. Os estudos desenhados para outros propósitos, tais como estudar a farmacocinética ou a toxicidade principal (eg, ensaios clínicos de fase 1) estão isentos.

O nome e o número de registro, assim como a URL, devem ser incluídos ao final do resumo e no formulário de submissão do artigo. Os autores devem incluir uma declaração na seção Método informando que há um registro, o sítio do registro e o número de registro do ensaio clínico.

Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

- Australian Clinical Trials Registry <http://actr.org.au>
- Clinical Trials <http://www.clinicaltrials.gov/>
- Netherlands Trial Register <http://www.trialregister.nl/trialreg/index.asp>
- UMIN Clinical Trials Registry <http://www.umin.ac.jp/ctr>

### **Requisitos técnicos**

Devem ser enviados:

- a) arquivo word, digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página, na sequência: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas - exclui-se imagens, que devem ser enviadas em formato jpg ou tiff;
- b) permissão para reprodução do material;
- c) carta assinada por todos os autores no termo em que se afirme o ineditismo do trabalho. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação determinando a exclusão editorial do nome dessa pessoa da relação de autores.
- d) endereço completo do autor correspondente.

#### Modelo de Carta de Transferência de Direitos Autorais (permissão para reprodução do material)

"Eu/Nós... autor(es) do trabalho intitulado..., o qual submeto(emos) à apreciação da Revista Brasileira de Psiquiatria, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Associação Brasileira de Psiquiatria, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa sem que

a prévia e necessária autorização seja solicitada por escrito e obtida junto à ABP. Data:...

Assinatura:..."

### **Critérios de autoria**

Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação de dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação ao conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada. A inclusão de um novo autor só será permitida antes do recebimento do primeiro parecer e mediante uma carta assinada por todos os demais autores justificando a esta inclusão.

### **Preparo do manuscrito**

- Página de identificação: Deve conter: a) Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) resumo do título do artigo com cerca de 40 caracteres para a vinheta de identificação (running title); c) nome completo de cada autor e afiliação institucional; d) nome do departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; e) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; f) fontes de auxílio à pesquisa (financiamento). Todo o apoio financeiro e material para a pesquisa e o trabalho deve ser clara e completamente identificado na tabela Financiamento e Conflitos de Interesse do manuscrito (logo abaixo). O papel específico da organização financiadora ou patrocinadora em cada um dos seguintes aspectos deve ser especificado: desenho e condução do estudo; coleta, gerenciamento e



interpretação dos dados; e preparação, revisão ou aprovação do manuscrito; g) potenciais conflitos de interesse. Pode existir um conflito de interesse quando um autor – ou a instituição ou o empregador do autor – possui relações ou filiações financeiras ou pessoais que poderiam influenciar ou enviesar as decisões, trabalho ou artigo do autor. Solicita-se que todos os autores declarem todos os potenciais conflitos de interesse no formato da tabela Financiamento e Conflitos de Interesse (a seguir), incluindo interesses financeiros e relações e filiações específicas – além daquelas filiações listadas na página de título do artigo – relevantes para o assunto do seu artigo.

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa <sup>1</sup>	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada <sup>2</sup>	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro <sup>3</sup>
----------------------------	-------------------	--------------------------------	---	---------------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------

\* Modesto

\*\* Significativa

\*\*\* Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Esta tabela representa as relações dos membros do grupo de autores que podem ser percebidas como conflitos de interesse efetivos ou razoavelmente percebidos nos últimos três anos e no futuro previsível, especialmente os que estejam presentes no período em que a pesquisa foi desenvolvida e no período de sua publicação. Uma relação é considerada como "significativa" se (a) a pessoa recebe R\$ 15 mil ou mais durante um período de 12 meses ou montante igual a 5% ou mais da renda bruta da pessoa no mesmo período; ou (b) a pessoa possui participação acionária mesmo que sem direito a voto em empresa não apenas do ramo farmacêutico, mas qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia que possa estar associada a

conflito de interesses. Uma relação é considerada como "modesta" se é menos do que "significativa" de acordo com a definição precedente. No caso de participação em mais de um nível para a mesma empresa (exemplo, honorários de palestra + participação em conselho consultivo), a definição de relação significativa baseia-se no somatório do montante recebido durante um período de 12 meses (considerar ambas as atuações como significativas, mesmo que o limiar de relação significativa só seja ultrapassado com o somatório dos montantes recebidos).

1 Neste campo, incluir apoio à pesquisa proveniente de qualquer agência financiadora, empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer outra que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses, tanto com montantes pagos diretamente ao autor, ou com montantes pagos ao programa, departamento, ou organização não governamental (mesmo que sem fins lucrativos) no qual o autor esteja diretamente vinculado como parte com poder decisório (não incluir associações ou entidades de classe das quais o autor é membro, mas não participa da diretoria com poder decisório imediato). Incluir verba recebida por colega desde que o autor faça parte da pesquisa contemplada. A descrição de relação como modesta ou significativa segue as definições precedentes.

2 Neste campo, incluir qualquer outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada, seja de empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses gerando benefícios/bens doados ao autor, ou ao programa, departamento, ou organização não governamental (mesmo que sem fins lucrativos) aos quais o autor esteja diretamente vinculado como parte com poder decisório (não incluir associações ou entidades de classe das

quais o autor é membro, mas não participa da diretoria com poder decisório imediato). A descrição de relação como modesta ou significativa segue as definições precedentes.

3 Neste campo, incluir qualquer outro montante/benefício/bem de valor superior a R\$ 1 mil ganho diretamente pelo autor (exemplos incluem, mas não se restringem a estadias, passagens, alimentação) de empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses. Incluir também montantes relacionados a copyright recebido por produção bibliográfica (livros, e-livros, e-learning, entre outros) que possam estar associados a conflito de interesse.

Os autores que não tenham conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros, e relações e filiações específicas relevantes ao tema do seu artigo devem incluir o sinal --- em cada item da tabela.

Os autores devem fornecer informações detalhadas sobre todos os interesses e relações financeiras relevantes e conflitos ou relações financeiras nos últimos três anos e no futuro previsível, especialmente os que estejam presentes no período em que a pesquisa foi desenvolvida e no período de sua publicação.

- Resumo e descritores: A segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais que 200 palavras para artigos originais, de revisão, comunicações breves e artigos de atualização. Deve ser estruturado, destacando os objetivos do estudo, métodos, principais resultados apresentando dados significativos e as conclusões. Abaixo do resumo, especificar 5 (cinco) descritores (palavras-chave) que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser escolhidos entre os

disponíveis no sistema de submissão on-line (ScholarOne). Eles estão baseados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

- Texto: Deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. Citações no texto e referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). Deve-se incluir apenas o número da referência, sem outras informações.
- Tabelas: Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser auto-explicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé. Só serão aceitas tabelas com tamanho máximo de uma página. Sempre que houver, o tamanho da amostra (n) deve vir no título da tabela. Os símbolos identificados nas notas de rodapé devem seguir o seguinte padrão: \*, \*\*, \*\*\*, †, ††, †††, ‡, ‡‡, ‡‡‡...

- Figuras e gráficos: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG (em alta resolução - 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em página separada. Fotocópias não serão aceitas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Análise estatística: Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados.
- Abreviações: As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.
- Nome de medicamentos: Deve-se usar o nome genérico.
- Agradecimentos: Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas que não têm justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.
- Referências: Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar

baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo.

Para todas as referências, cite todos os autores, sempre.

#### Artigos de periódicos

Almeida OP. Autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? Rev Bras Psiquiatr. 1998;20(2):113-6.

Maia E, Martins RL, César MP, Baiôco M, Oliveira RG, Menandro PR, Garcia ML, Macieira MS. O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(2):72-5.

#### Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84(1):15.

#### Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

#### Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

#### Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

#### Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

#### Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Outros tipos de referência deverão seguir o documento International Committee of Medical Journal Editors (Grupo de Vancouver), disponível na Internet no site [www.icmje.org](http://www.icmje.org), October 2004.

### **Envio do manuscrito**

As submissões devem ser feitas on-line no endereço: <http://mc.manuscriptcentral.com/rbp>. É imprescindível que a permissão para reprodução do material e as cartas com a aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho – quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos – e aquela assinada por todos os autores em que se afirme o ineditismo do trabalho sejam enviadas por fax à RBP (fax número: 11 5579-6210).